

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 mai 1895, à 1 heure

Par GEORGES MARCHAL

Médaille de bronze de l'Assistance publique
Ancien interne du service des spécialités de l'hôpital Saint-Joseph de Paris

Né à Paris, le 23 novembre 1866.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE L'OREILLE MOYENNE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. POZZI, professeur.
BALLET, ALBARRAN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

273

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 mai 1895, à 1 heure

Par GEORGES MARCHAL

Médaille de bronze de l'Assistance publique
Ancien interne du service des spécialités de l'hôpital Saint-Joseph de Paris

Né à Paris, le 23 novembre 1866.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DE L'OREILLE MOYENNE

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { POZZI, professeur.
BALLET, ALBARRAN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
Clinique médicale.	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÈNETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'en ait leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS ET AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0010

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine

A TOUS MES MAÎTRES

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — Historique	11
CHAPITRE II. — Etiologie.....	16
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.....	21
CHAPITRE IV. — Symptômes. Marche. Terminaison.....	35
CHAPITRE V. — Diagnostic. Pronostic. Durée.....	48
CHAPITRE VI. — Traitement.	51
CHAPITRE V.I. — Observations. — Observation I (Personnelle).....	55
— — — Observation II (Charazac).....	64
— — — Observation III (Carmalt).....	66
— — — Observation IV (Charazac).....	67
— — — Observation V (Hartmann).....	69
— — — Observation VI (Buss).....	70
— — — Observation VII (Quénu).....	71
CHAPITRE VIII. — Conclusions.....	75
Index bibliographique.....	77

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES
DE L'OREILLE MOYENNE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Les observations de tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne sont peu nombreuses, car ces affections, peu ou pas connues autrefois, étaient souvent prises pour des caries du temporal ou de l'apophyse mastoïde. Mais depuis quelques années, les faits se sont multipliés et quoique les auteurs s'accordent à reconnaître cette maladie comme rare, nous croyons pouvoir, dans un travail d'ensemble et en réunissant tous les cas que nous avons

pu trouver, faire une étude à peu près complète de ces affections.

Toynbee (1) semble être le premier qui s'en soit occupé; il en rapporte cinq cas, dont un seul personnel. Les autres sont de Cooper, de Forster, de Wishart et de Russel.

Après lui, d'autres auteurs ont rapporté de nouvelles observations.

Kretschmann (2), en 1887, fait une étude des cancers de la caisse qu'il intitule : *Ueber Carcinome des Schlâfenbeins*, c'est-à-dire, *sur le carcinome du temporal*; et il explique que le point de départ du néoplasme étant souvent inconnu, il préfère donner à son étude une appellation plus générale. Sur seize cas qu'il rapporte, quatre seulement lui sont personnels; les autres ont été tirés par lui de la littérature médicale, et encore ne sont-ils pas tous des cas de cancer primitif de la caisse. Nous ne parlerons donc que des observations qui rentrent dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Charazac (3), en 1892, publie plusieurs articles sur les tumeurs malignes de l'oreille en général. Il nous y donne des observations personnelles de cancer primitif de l'oreille moyenne. C'est le premier auteur qui, en France, ait fait une étude d'ensemble sur les tumeurs malignes de l'oreille.

1. Toynbee. *Diseases*, etc..., *Deutsche Uebers*, p. 332.

2. Kretschmann. *Archiv fur Ohrenheilkunde*. Bd. 24, p. 231, 1887.

3. *Revue laryngologiq.*, 1892, n. 1, 2 et 3.

Dans leurs études sur les maladies de l'oreille, Riedel (1), Kramer (2), Hubert-Valleroux (3), Politzer (4), Hartmann (5), Miot et Baratoux (6), Kirmisson (7), etc..., consacrent quelques lignes au cancer. Politzer et Hartmann nous rapportent même des cas personnels.

Dans les journaux de Médecine et de Chirurgie, dans les revues de laryngologie et d'otologie, nous avons recherché avec soin les observations séparées publiées jusqu'à ce jour.

Nous donnerons dans le cours de ce travail le nom des auteurs et les indications que nous avons pu recueillir.

Pourtant avant de commencer l'étude des tumeurs malignes primitives de la caisse, nous tenons à profiter de cet antique usage qui nous fournit l'occasion de remercier les maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Et que d'abord, M. le Dr Chatellier, mon maître pendant deux années à la Clinique des maladies des oreilles de l'hôpital Saint-Joseph, me permette de lui offrir ici tous mes remerciements pour la bonté

1. *Ueber den Krank des Ohrs und des Gehors*, 1832.

2. Kramer. *Traité des mal. de l'oreille*, Bruxelles, 1840.

3. *Essai th'orique et prat. des mal. de l'oreille*, Paris, 1846.

4. *Traité des mal. de l'oreille*. Trad. par Jo'y, Paris, Doin, 1884.

5. *Les mal. de l'oreille et l. trait.* Traduit par Potiquet, Paris, Asselin et Houzau, 1890.

6. *Traité des mal. de l'oreille*. Paris, Lecrosnié et Babé, 1888.

7. *Patholog. ext.* Quatre agrégés.

qu'il m'a toujours témoignée et l'assurance de ma sincère reconnaissance pour ses leçons si claires, si précises, toutes marquées au coin de la science et de l'expérience. C'est à lui que je dois ce que je sais sur les maladies toutes spéciales des oreilles, du nez et du larynx. C'est lui qui a dirigé vers ces spécialités mes dernières études médicales et a certainement décidé de ma carrière future ; c'est donc à lui que j'adresse en premier lieu mes remerciements.

Que M. le Dr Quénu reçoive aussi l'expression de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt tout particulier qu'il m'a témoigné pendant l'année que j'ai passée avec lui à l'hôpital Cochin. Les règles de l'antisepsie rigoureuse, l'examen minutieux et méthodique des malades, la douceur et la patience auprès des malheureux qui souffrent, voilà ce que j'ai appris à ses côtés. Qu'il me permette aussi, en dépit de sa modestie, de lui rappeler que c'est à lui que je dois la vie d'une personne qui m'est bien chère et que ce souvenir restera ineffaçable dans mon cœur.

Que M. le professeur Potain daigne bien agréer l'hommage bien sincère de mes remerciements et l'expression de ma vive admiration pour sa science si profonde, si sûre et en même temps si facile à saisir et à comprendre dans sa bouche.

Que M. le Dr Ferrand, qui m'a soigné autrefois avec tant de dévouement, que M. le Dr Letulle veuillent bien me permettre de leur adresser mes

remerciements et de leur faire l'hommage de tout ce que je sais en médecine.

Enfin, M. le Dr de Bourgon, en m'apprenant de main de maître l'oculistique, a droit aussi à toute ma gratitude.

Je ne veux pas oublier ici M. le Dr Potherat. C'est mon maître de la première heure, c'est lui qui, à l'école pratique, le premier m'enseigna l'anatomie et m'apprit à tenir le scalpel; c'est lui qui depuis, m'a suivi dans mes études, m'encourageant et me prodiguant les bons conseils et les bons exemples. Il veut bien me permettre de voir en lui plutôt un ami qu'un maître; qu'il veuille donc bien agréer ici publiquement toute l'expression de mes plus sincères remerciements et de ma très vive et inaltérable affection.

Enfin qu'il me soit permis de remercier M. le professeur Le Dentu, de l'honneur qu'il me fait d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse inaugurale.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE.

Les tumeurs malignes de l'oreille moyenne peuvent se rencontrer à tout âge. Toynbee (1) rapporte le cas d'un sarcome de l'oreille moyenne développé chez un jeune homme de 19 ans; Charazac (2) a vu également un sarcome primitif de la caisse du tympan chez un enfant de 12 ans; Hartmann (3) a observé « un sarcome mou à cellules rondes chez un jeune « garçon de 3 ans 1/2, qui en 7 mois amena la mort »; un autre cas de sarcome, chez un enfant de 3 ans, est rapporté par Toynbee et celui d'un bébé d'un an par Kühn (4).

Mais c'est surtout vers la deuxième moitié de la vie, 47 ans (Carmalt) (5), 55 ans (Schwartz) (6), 65 ans

1. *Deutsch. Uebers.*, p. 392.

2. *Rev. de laryng. de Moure.* 1892, n. 1, 2, 3.

3. *Les mal. de l'or. et leur trait.* Paris, 1890.

4. *Rev. de laryng.*, 1894, p. 635.

5. *Trans. of Amer. otol. Soc.*, 1889.

6. *Arch. f. Ohr.*, Bd. IX, p. 208.

(Charazac) (1), que les tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne se développent : c'est ce qui résulte du tableau de Kretschmann (2) qui en a recueilli 16 cas.

Age	H	F	Total
De 20 à 30.....	1	1	2
De 31 à 40.....	2	1	3
De 41 à 50.....	1	3	4
De 51 à 60.....	2	2	4
De 61 à 70.....	»	1	1
De 71 à 80.....	2	»	2
Total.....	8	8	16

Le sexe ne semble pas avoir une influence marquée sur le développement des tumeurs malignes de la caisse, car sur les cas observés il y a autant d'hommes que de femmes atteints.

« Quant à l'hérédité, dit Charazac, son rôle dans
« la production du cancer de l'organe de l'ouïe est
« difficile à déterminer, les auteurs laissant très sou-
« vent de côté cette question dans leurs observa-
« tions. Nous pourrions cependant, sans trop nous
« compromettre, émettre l'opinion que son rôle doit
« être le même que dans le cancer de toutes les
« autres parties de l'organisme (3). »

Les causes des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne sont bien vagues. Il y a des cas

1. *Loc. cit.*

2. *Arch. f. Ohr.*, Bd. XXIV, p. 231, 1887.

3. Charazac. *Loc. cit.*

où l'on ne semble découvrir aucune affection antérieure de l'appareil de l'ouïe ayant pu être, sinon la cause efficiente, du moins la cause favorisante de l'éclosion du néoplasme dans cette partie de l'organisme.

Au contraire, dans certaines observations — et nous dirons que ce sont les plus fréquentes — l'oreille était atteinte d'une affection chronique : vieille otite suppurée datant de loin, remontant parfois à la première enfance et ayant créé chez ces malades un *locus minoris resistentiæ*, point de départ qui a favorisé là plutôt qu'ailleurs l'évolution de la tumeur.

Dans l'observation II, nous voyons une malade dont l'oreille a toujours été saine : jamais d'écoulement, pas d'antécédent morbide, audition excellente. Cette malade, à la suite d'une chute sur la tête, ressent quelque temps après une certaine gêne dans l'oreille ; puis la surdité apparaît. Bientôt se développent chez elle les signes d'une otite moyenne purulente aiguë, premiers symptômes de la néoplasie en voie d'évolution. Peut-on dans ces cas accuser le traumatisme d'avoir été la cause déterminante de l'affection ? Peut-être ; car l'oreille, quoique n'ayant après la chute aucunement paru lésée, a dû, comme chez les malades atteints de suppurations chroniques, devenir un lieu favorable à l'éclosion du néoplasme. Dans ce cas encore, on peut admettre l'hypothèse émise plus haut dans les affections chroniques.

Quant aux autres causes favorisantes généralement adoptées dans les tumeurs malignes : l'irritation prolongée, l'âge, la misère, la saleté, etc., elles peuvent jouer un rôle dans la production du néoplasme, mais nous ne croyons pas qu'elles soient pour quelque chose dans la localisation de l'affection.

Kretschmann admet que chez les malades dont l'oreille n'a aucun antécédent morbide, les érosions produites par les instruments introduits dans l'oreille et destinés à diminuer les démangeaisons ressenties peuvent être le point de départ de carcinome. Ce fait, ajoute-t-il, se rencontre sur d'autres parties du corps où des ulcérations considérées comme anodines ont été le point de départ de néoplasmes.

Nous ne sommes pas de l'avis de Kretschmann, car son hypothèse ne pourrait s'appliquer qu'aux tumeurs malignes du conduit auditif externe.

Mais nous ferons remarquer que les démangeaisons sont un signe fréquent de sclérose de la caisse ; et comme on sait que toute transformation d'une muqueuse, soit par irritation, soit par prolifération, soit par dégénérescence scléreuse, peut être le point de départ de l'évolution d'une tumeur maligne, pourquoi ne pas admettre que, dans les cas de ce genre, le processus scléreux ait favorisé le développement du néoplasme au lieu même où il s'est produit ? Cette hypothèse, nous semble-t-il, serait plus admissible que l'explication de Kretschmann.

En résumé, toute affection ancienne ou récente : catarrhe chronique ou sclérose de la caisse, otite moyenne suppurée aiguë ou chronique, tout traumatisme intéressant l'oreille moyenne, peuvent être la cause favorisante de l'évolution des tumeurs malignes.

Dans les cas où l'on ne trouve pas d'affection locale relatée par les auteurs, il est probable pourtant qu'il en existait une, mais que trop peu marquée pour inquiéter le malade, elle avait passé inaperçue. Combien d'otites chez les jeunes sujets, ignorées de ceux-ci par la suite ? Combien de scléroses de la caisse dont le hasard seul fait découvrir l'existence ?

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

On peut trouver dans l'oreille moyenne, comme partout ailleurs, toutes les diverses variétés de tumeurs malignes.

Les deux grands types de tumeurs s'y rencontrent : tumeurs de nature épithéliale, tumeurs de nature conjonctive.

L'épithéliome, avec ses deux formes histologiques : épithéliome tubulé, et épithéliome lobulé ; le sarcome pur et tous ses dérivés : fibro-sarcome, myxo-sarcome, ostéo-sarcome, etc. ; le carcinome vrai, ont été trouvés par les auteurs.

Nous ne dirons donc rien sur la structure histologique de ces néoplasmes qui ne présente aucune particularité, mais nous ferons quelques remarques sur leur fréquence, leur marche, leur envahissement, les lésions qu'ils produisent, enfin sur les résultats fournis par les autopsies.

L'épithéliome lobulé est la forme la plus com-

mune ; puis vient l'épithéliome tubulé ; après lui, le sarcome avec ses différentes variétés. Le carcinome vrai semble être la forme la plus rare : Polaillon (1) en a rapporté un cas.

La *rapidité de leur marche*, dit Steinbrugge (2), dépend surtout de leur composition : « plus le « stroma de tissu conjonctif se trouve faiblement « développé, plus sont nombreuses les grandes cel- « lules dont les noyaux présentent une segmenta- « tion active, et plus la décomposition des tumeurs « et des parties traversées par leur masse aura lieu « rapidement ».

C'est ainsi que le sarcome à grandes cellules rondes, dont le type se rapproche le plus de la forme embryonnaire, pullule si rapidement et marche si vite.

L'épithéliome au contraire progresse relativement plus lentement.

Dans leur envahissement, ces tumeurs rencontrent des tissus divers : des vaisseaux, des nerfs, des os. Nous allons passer en revue ces différents tissus et voir de quelle manière ils se comportent en face du néoplasme.

Les *vaisseaux* offrent une assez grande résistance à l'envahissement de la tumeur. C'est ainsi que Rasmussen et Smiegelow, cités par Steinbrugge (3),

1. Polaillon. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1879, p. 254.

2. Steinbrugge. *L'oreille* (Trad. par Rattel. Paris, 1895).

3. *Loc. cit.*

ont trouvé au milieu de la masse cancéreuse « des artères intactes ou oblitérées, les sinus veineux « en partie intacts, en partie oblitérés. » Kretschmann (1) a vu la carotide traverser la tumeur sans que sa paroi interne ait subi la moindre modification. C'est ce qui explique pourquoi dans les cas de néoplasies malignes de la caisse, les otorrhagies sont si bénignes ou si rares. Par contre, Hewetson (2) et Carmalt (3) citent des cas de mort, par hémorrhagie foudroyante, le premier par érosion de la carotide, le second par érosion du sinus latéral.

Les *lymphatiques* sont pris dans le quart des cas cités par Kretschmann. Dans les autres observations, nous n'avons souvent trouvé aucune indication à cet égard. Chez notre malade, les ganglions du cou situés au-dessous de l'oreille étaient durs et roulaient sous le doigt. (Voir observation I page 64, pour les lésions des vaisseaux lymphatiques).

Les *nerfs* résistent moins que les vaisseaux à l'envahissement du néoplasme. Dans les examens qui furent faits, on vit souvent le névrilemme seul atteint ou bien les fibres nerveuses elles-mêmes étaient envahies et la pullulation s'était faite suivant leur trajet parfois jusqu'à leur point d'origine intracérébrale.

1. *Loc. cit.*

2. *The Lancet*, 26 mai 1888.

3. *Loc. cit.*

4. *Arch. f. Ohr.*, Bd. ,XXIV p. 234.

La *dure-mère*, dans la plupart des observations, n'est atteinte que de lésions insignifiantes. Elle peut cependant subir la dégénérescence cancéreuse, et le malade meurt de méningite (Cas de Lucœ, cité par Kretschmann), ou se laisser traverser par le néoplasme, et l'encéphale alors est envahi, soit en masse, soit suivant le trajet de fibres nerveuses. C'est ce qui résulte des examens où l'on a trouvé le nerf facial dégénéré jusqu'à son origine sans que la dure-mère ait subi la moindre lésion.

Quant aux *lésions osseuses*, elles dépendent surtout de la marche envahissante de la tumeur et des territoires envahis. Mais le tissu osseux en lui-même ne résiste aucunement à la pullulation; il se laisse facilement pénétrer; il s'effrite, se ramollit et est bientôt changé en une sorte de bouillie blanchâtre ou rougeâtre, semi liquide, au milieu de laquelle on trouve des particules osseuses variant de la grosseur d'un grain de sable à celle d'un pois et souvent décalcifiées.

Tout d'abord ce sont les parties voisines de la caisse qui sont envahies. Le *rocher* se ramollit et disparaît.

Rarement le *labyrinthe* reste intact. Souvent cependant il conserve sa forme, grâce à la dureté de sa capsule. Politzer (1) a vu un carcinome épithélial de la caisse pénétrer dans le sommet du limaçon,

1. *Traité des maladies de l'oreille*. (trad. par Joly, Paris, 1884).

s'étendre dans quelques spires et infiltrer le nerf acoustique. La plupart du temps, il subit la dégénérescence cancéreuse.

A côté de l'envahissement et de la dégénérescence du rocher, notons ceux de l'écaille du temporal, de l'apophyse zygomatique, de la cavité glénoïde du temporal et de l'apophyse mastoïde.

Le cartilage du conduit auditif externe, le muscle sterno-cléido-mastoïdien, la parotide peuvent être plus ou moins pris.

Parfois le néoplasme atteint les vertèbres cervicales, la base du crâne, et, limitant ses lésions aux parties osseuses, le rocher du côté opposé.

Une question se pose maintenant : *Dans quel point de la caisse le néoplasme prend-il naissance ?*

L'histologie nous apprend que la caisse du tympan est revêtue d'une muqueuse constituée à sa surface par un épithélium, et profondément par une membrane conjonctive formée de deux couches : une couche externe, c'est la membrane basale ; une couche profonde qui représente le périoste.

« L'épithélium, primitivement cubique et entièrement cilié, se différencie suivant les régions ;
« sur les parties saillantes, comme le promontoire,
« il est plat et dépourvu de cils ; dans les parties en
« retrait, il est cylindrique et cilié et renferme des
« cellules caliciformes... Les osselets sont aussi
« complètement revêtus par la muqueuse tympani-

« que, mais qui s'est transformée sur eux en un simple endothélium aplati (1). »

Quant à la membrane du tympan, elle est formée de trois couches : un tégument externe, un tégument interne, et entre eux la lame propre. Le tégument externe est constitué par plusieurs plans de cellules cornées au-dessous desquelles se trouve une couche dermique. Le tégument interne continue le revêtement de la caisse : il est formé d'un épithélium plat disposé en une seule strate. La lame propre se compose de fibres radiées et de fibres annulaires.

Ces notions étant connues, étudions par quelles transformations ces différentes parties de la caisse peuvent devenir le point de départ des tumeurs malignes.

Toynbee dit que le cancer naît « de la membrane muqueuse qui tapisse la caisse du tympan. » « La caisse normale », dit au contraire Steinbrugge, « n'a pas d'épithélium pouvant fournir le point de départ du développement d'un épithéliome ». On ne peut donc, d'après cet auteur, considérer comme cancers primitifs de la caisse que les cas seuls où il y a eu un écoulement d'oreille ancien, les autres cas n'étant que des épithéliomes du conduit externe, qui après avoir perforé le tympan auraient envahi l'oreille moyenne.

C'est ainsi, ajoute-t-il, que dans le cas, cité par

1. Garnault. *Précis des maladies de l'oreille*. Paris, Doin, 1895.

Buss, où l'oreille était saine, l'envahissement de la caisse ne dut être que secondaire; et ce qui le prouve, c'est la paralysie faciale tardive.

Les deux opinions de Toynbee et de Steinbrugge nous semblent bonnes mais incomplètes. Avec Toynbee, nous croyons que la muqueuse de la caisse peut être le point de départ du développement d'un épithéliome; mais, d'après les recherches que nous avons faites, d'après les symptômes mêmes de l'affection, ou les signes recueillis avant l'apparition du néoplasme, il faut, selon nous, que cette muqueuse ait été modifiée par un processus morbide quelconque, ait subi une transformation permettant l'évolution de la tumeur. En ceci, nous sommes d'accord avec Kretschmam. Mais nous irons plus loin que ce dernier, et nous dirons qu'il n'est pas nécessaire que l'oreille ait été atteinte primitivement d'otite moyenne suppurée avec production de fongosités, pour devenir plus tard le lieu d'élection d'une tumeur maligne; l'otite sèche, modifiant la muqueuse de la caisse, favorise l'éclosion du cancer. Dans l'observation I, nous voyons une malade atteinte depuis trois ans de sécheresse du conduit avec démangeaisons, de bourdonnements, de surdité légère, en un mot des symptômes de la sclérose de la caisse au début. Ces signes peuvent et doivent souvent même passer inaperçus, étant mis par le malade sur le compte de l'âge. Pourtant un épithéliome apparaît.

Nous pouvons donc admettre que tout processus

morbide, transformant ou modifiant la muqueuse de la caisse, peut favoriser le développement d'une tumeur maligne en cet endroit.

Quant à l'apparition tardive de la paralysie faciale, ce symptôme qu'invoque Kretschmann pour rejeter de la classe des tumeurs malignes primitives de la caisse toute tumeur développée dans une oreille saine ou paraissant saine, comme dans le cas de Buss, ce symptôme, disons-nous, s'explique facilement, par la résistance parfois grande qu'opposent les nerfs à l'envahissement du néoplasme.

Lorsqu'il a existé dans l'oreille moyenne une suppuration, l'épithélium de la caisse, d'après Steinbrugge « subit une transformation épidermoïde, soit « par métamorphose directe, de nature jusqu'ici « inconnue, soit, plus vraisemblablement, par péné- « tration du revêtement externe, à travers les per- « forations de la membrane du tympan, ou les fistu- « les osseuses. »

Cette transformation d'une muqueuse recouverte d'épithélium cylindrique ou autre, qui prend la texture de la peau avec production consécutive de carcinomes épithéliaux, se rencontre du reste sur d'autres parties du corps. C'est ainsi qu'on l'a observée sur l'utérus (Piering), sur le larynx, sur le rectum et l'anus (Quénu). Dans l'oreille moyenne, le même processus doit avoir lieu.

Les bourgeons charnus eux mêmes, s'ils existent, peuvent subir cette transformation. Kretschmann

dans des examens de polypes très bénins a souvent trouvé leur structure analogue à celle des carcinomes épithéliaux de l'oreille moyenne. Ces polypes, en effet, étaient constitués « par un stroma plus ou moins délicat de tissu conjonctif infiltré de petites cellules épithéliales dont la coupe présentait la texture connue des globes épidermiques ».

Qu'il se fasse donc dans ces polypes une prolifération active et de mauvaise nature, sous une influence quelconque, et l'épithéliome est constitué. Du reste, les auteurs qui ont étudié la question, tels que Politzer, Steinbrugge, Kretschmann, admettent que les tumeurs polypeuses de l'oreille moyenne peuvent devenir le point de départ des tumeurs malignes, et nous sommes complètement de leur avis.

Dans les oreilles atteintes de sclérose de la caisse, le processus nous semble plus complexe, mais la transformation du tissu malade en tissu néoplasique doit être la même que plus haut.

Quant au carcinome vrai, nous savons que « l'épithélium dont il procède peut appartenir à un organe, glandulaire ou non, ou encore à des débris épithéliaux aberrants d'origine congénitale » (Quénu) (1).

Quoique rare, puisque nous n'en possédons qu'un cas, celui de Polaillon, le carcinome vrai peut se rencontrer dans l'oreille moyenne où il existe non-

1. Quénu, *Traité de chirurgie*. T. I, p. 385.

seulement un épithélium, mais encore des glandes acineuses (Trœitsch) (1), qui dans les cas d'otite chronique peuvent subir en même temps que la muqueuse de la caisse une hypertrophie notable.

Qu'on en fasse donc un type de tumeur conjonctive, avec ses caractères anatomo-pathologiques spéciaux, ou qu'on le rattache à la famille épithéliale, le carcinome peut se développer dans la caisse comme partout ailleurs, soit primitivement, soit comme terminaison d'un épithéliome quelconque. Mais « ce mode de terminaison, rare pour l'épithéliome pavimenteux, l'est moins pour le cylindrique ; il est fréquent pour l'épithéliome glandulaire » (Quénu) (2). C'est ce qui explique pourquoi le carcinome vrai est si rare dans l'oreille moyenne, puisque les processus morbides dans la caisse du tympan ont pour effet de modifier l'épithélium cylindrique de la caisse tympanique et de le transformer en épithélium pavimenteux.

Mais c'est aussi la raison pour laquelle les épithéliomes tubulé ou lobulé, qui tous les deux dérivent des épithéliums pavimenteux, sont si fréquents.

La surface des bourgeons charnus étant elle aussi recouverte d'épithélium plat, et leur structure ayant une grande analogie avec les épithéliomes, il est facile de comprendre pourquoi la variété d'épithé-

1. Trœitsch, un des fondateurs des *Archiv für Ohrenheilkunde*.

2. *Loc. cit.*

liomes indiquée plus haut se rencontre le plus ordinairement dans des oreilles atteintes d'otites chroniques avec fongosités.

Quoique la règle dans les épithéliomes pavimenteux soit que les ganglions lymphatiques tributaires de la région envahie présentent des noyaux identiques à la tumeur primitive, nous avons dit plus haut que ce fait ne s'observait pas toujours dans les tumeurs épithéliales de l'oreille moyenne : nous ne pouvons en donner d'autre explication que la rapidité de l'évolution de la tumeur qui, peut-être dans certains cas, ne donne pas au néoplasme le temps d'envahir les ganglions.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des tumeurs malignes du type épithélial. Nous allons nous occuper maintenant du type conjonctif.

Les sarcomes, avec toutes leurs formes, leurs variétés, leur complexité, peuvent se rencontrer dans l'oreille moyenne : sarcomes vrais, myxo-sarcomes, fibro-sarcomes, ostéo-sarcomes.

Observés principalement chez les jeunes sujets, les sarcomes vrais présentent surtout la forme globocellulaire.

Ils sont composés de cellules rondes à protoplasma peu abondant, et à noyaux relativement volumineux, d'une faible quantité de substance inter-cellulaire et de vaisseaux capillaires à parois minces embryonnaires.

Comme ils se développent partout où il existe du tissu conjonctif, et plus particulièrement sur les os,

les aponévroses, les muscles, la peau, leur point de départ est difficile à préciser nettement dans la caisse du tympan où l'on trouve des os, des aponévroses et des muscles.

Dans le cas cité par Charazac (Obs. IV), l'enfant était atteint depuis deux ans d'une otite moyenne suppurée, avec production de bourgeons charnus qui, après extirpation, avaient disparu, lorsque au mois d'avril 1891, des douleurs violentes (phénomène peu marqué jusqu'alors), avec excitation cérébrale très notable, vinrent ouvrir une nouvelle phase de l'affection.

Ces douleurs, n'est-ce point le premier symptôme de l'évolution du néoplasme? Dans ce cas, l'oreille était déjà atteinte lors de l'apparition de la tumeur.

Dans l'observation de Hartmann, au contraire, rien n'indique que le sarcome se soit développé dans un milieu malade. « Le néoplasme, dit cet auteur, « commença par un gonflement polypiforme faisant « issue hors de la caisse. »

Quelle conclusion tirer de ces deux observations? sinon que les données manquent encore pour établir d'une manière certaine si le sarcome à cellules rondes a pour point de départ une caisse déjà malade; mais il est plus que probable qu'il doit en être ainsi.

Dans les cas de sarcomes mixtes, au contraire, les malades avaient eu dans leur enfance des otites moyennes suppurées, avec production de fongosités. Or, la muqueuse, dans ces cas, peut ou s'enflam-

mer et s'hypertrophier, ou s'ulcérer et laisser à nu, soit la couche profonde de sa membrane basale, c'est-à-dire le périoste, soit l'os lui-même. Et dans ce milieu, quoi d'impossible à ce que le tissu conjonctif enflammé et proliférant, chez un sujet prédisposé, ne devienne le point de départ d'un myxosarcome, ou que l'os dénudé ne donne naissance à un ostéo-sarcome ? Les fibro-sarcomes, si l'on veut s'en tenir à la théorie, pourraient se développer aux dépens de la lame propre du tympan composée exclusivement de tissu fibreux.

En résumé, nous croyons pouvoir admettre que la muqueuse de la caisse du tympan, modifiée ou transformée par un processus morbide, doit être le point de départ des tumeurs épithéliales. Quant aux néoplasmes du type conjonctif, leur point de départ est moins certain, mais il existe dans l'oreille moyenne tous les tissus nécessaires à leur évolution.

Quelques auteurs ont été jusqu'à nier la possibilité du développement primitif de tumeurs malignes dans l'oreille moyenne. Nous ferons remarquer d'abord que rien ne s'oppose à la dégénérescence cancéreuse d'une muqueuse recouverte d'épithélium, puis que, d'après ce qui précède, et si l'on rapporte aux observations publiées par les auteurs, on a les plus grandes présomptions pour croire que le point de départ des tumeurs a bien été effectivement l'oreille moyenne.

Enfin, nous avons cité Charazac, Hartmann, nous citerons encore Schwartzé qui, dans un cas, vit l'oreille moyenne atteinte par la tumeur, alors que l'oreille externe était saine et le tympan intact.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES, MARCHE, TERMINAISON.

Les tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne sont heureusement rares : mais leur début insidieux, leur évolution en général rapide, l'allure des otites chroniques qu'elles simulent, leur envahissement précipité, non tant des ganglions lymphatiques que des parties osseuses voisines, leur donnent une place spéciale parmi les affections graves et irrémédiables.

Ces tumeurs ne s'attaquent pas toujours à des individus ayant déjà eu des affections antérieures des oreilles (otites chroniques, vieilles suppurations, nécroses osseuses) ; elles peuvent survenir chez des gens en bonne santé et dont les oreilles n'ont pas eu d'histoire.

Mais chez ces derniers, il est facile de découvrir, par une interrogation minutieuse, des symptômes qui prouvent que, quelque temps avant l'éclosion du néoplasme, l'oreille qui semblait saine était déjà

atteinte. Dans l'observation I, la malade nous dit avoir eu depuis trois ans déjà des démangeaisons insupportables dans le conduit externe, lequel était sec et ne sécrétait plus de cérumen, et en même temps des troubles de l'audition : légère surdité, quelques bourdonnements, symptômes peu importants auxquels elle n'avait pas prêté grande attention. Ne voit-on pas là les signes d'une sclérose au début ? Cette oreille qui semblait normale était donc déjà malade.

Dans l'observation II, ce fut à la suite d'une chute qu'apparut la surdité.

Chez ces malades, dont la caisse n'était pas atteinte de suppuration, les premiers symptômes se rattachant à l'histoire de la maladie cancéreuse rappellent tout à fait ceux de l'otite moyenne suppurée.

Dans l'observation II, le diagnostic fut fait dans ce sens, s'appuyant sur les signes suivants : douleurs locales avec irradiations hémicrâniennes, bourdonnements, puis écoulement de pus ; enfin apparition de bourgeons charnus.

Chez les malades, au contraire, dont l'oreille est le siège d'une suppuration ancienne, et c'est le cas le plus fréquent, suppuration remontant parfois à la première enfance, le néoplasme évolue sournoisement, sans attirer l'attention du médecin qui depuis longtemps s'occupe de cette vieille affaire. Le premier symptôme dont se plaint alors le malade, c'est la douleur qu'il compare à celle que produirait un corps étranger gênant, douleur qui se fait sentir par

crises, plus ou moins fortes, plus ou moins longues, avec des rémissions de plusieurs jours ou de plusieurs semaines : cela simule un simple épisode aigu au cours d'une maladie chronique. Il n'en est rien cependant, car c'est la tumeur maligne qui se développe et envahit les régions voisines, marquant par une douleur chaque morceau de terrain gagné.

Le malade atteint se décide alors à consulter : douleurs, bourdonnements et diminution de l'ouïe, écoulement séreux ou purulent, parfois sanguinolent, souvent fétide, tels sont les symptômes subjectifs qu'il accuse. A l'examen, on voit généralement dans le fond du conduit, après lavage préalable de ce dernier, une masse rougeâtre, lisse ou non, à surface saignante, de volume variable, dont l'existence même fait penser à une otite moyenne aiguë ou chronique, purulente ou non, avec bourgeon charnu.

Telle est pour ainsi dire la première période du cancer de la caisse dont la durée est presque impossible à noter, mais que d'après les observations on peut fixer au moins à six ou huit mois. A ce moment, le diagnostic est impossible à faire : la douleur, premier symptôme qui inquiète le malade, est continue ou non, avec des exacerbations diurnes ou nocturnes et des périodes de rémission qui la rendent supportable. Elle revêt parfois la forme névralgique, reprenant le malade aux mêmes heures et se modifiant sous l'influence du sulfate de quinine, comme nous avons eu l'occasion de le vérifier

dans l'observation I. Tel est aussi le cas de Rondot (1), dans lequel la névralgie, s'étant produite à la suite d'une impression brusque de froid, pouvait être considérée comme une simple névralgie *a frigore*, mais pouvait être aussi la conséquence d'une lésion osseuse au niveau du rocher ayant intéressé la portion intra-crânienne du nerf.

Douleurs, écoulement séreux ou purulent, fétide ou non, et dans lequel l'examen peut déjà faire découvrir des particules osseuses grosses comme des grains de sable, production de fongosités, surdité légère ou totale, tels sont donc les symptômes qui ouvrent la scène.

Dans la seconde période, la tumeur envahit les régions voisines et en premier lieu généralement l'apophyse mastoïde, comprimant ou englobant sur son passage le nerf facial et produisant un symptôme *qui ne manque jamais : la paralysie faciale* avec entraînement des commissures et des traits de la figure vers le côté sain.

Cette paralysie faciale s'explique aisément à cause des rapports de la caisse et du nerf. De plus, on connaît la tendance des tumeurs malignes à envahir et à détruire en masse tous les tissus environnants. Kretschmann explique donc cette paralysie, soit par la compression due à la masse cancéreuse du tronc nerveux lui-même, soit par la pénétration du pus en dedans du névrilemme au milieu des fibres ner-

1. *Ann. des mal. de l'ôr. et du lar.*, 1875, p. 227.

veuses, soit par l'envahissement et la dégénérescence du nerf, phénomène observé par Buss (1).

Ce symptôme a une grande importance et doit attirer l'attention du spécialiste, car il indique dans tous les cas une lésion sérieuse de l'oreille.

On rencontre quelquefois cette paralysie dans les otites moyennes suppurées, et il y a alors destruction par nécrose de la mince feuille osseuse qui sépare le nerf facial de la caisse et compression par les produits de sécrétion, soit en dehors du névrilemme, soit en dedans même de l'enveloppe du nerf, des fibres nerveuses elles-mêmes. Toynbee rapporte des cas de paralysie faciale, mais passagère, dans des inflammations catarrhales aiguës de la caisse. Mais dans tous les cas de tumeurs malignes de la caisse, la paralysie faciale est accompagnée de douleurs violentes avec irradiations vers la tempe, l'œil, la nuque, le cou, l'épaule; il y a de la surdité, des bourdonnements, de l'otorrhée souvent fétide, et dans le conduit, on constate la présence de bourgeons charnus. De plus, la paralysie ne se modifie jamais ou elle ne se modifie qu'incomplètement.

La paralysie, sans être un signe caractéristique de tumeur maligne de l'oreille moyenne, doit cependant donner l'éveil, surtout quand elle se produit chez un malade ayant dépassé la quarantaine et qu'elle est accompagnée des phénomènes que nous avons mentionnés plus haut.

1. *Dissert. inaug.*, Halle, 1885.

Pas plus que la paralysie faciale, *les bourgeons* ne sont un signe certain de tumeur maligne; leur aspect souvent n'offre rien de spécial; ils ressemblent à ceux que l'on trouve dans les otites moyennes suppurées ordinaires. Cependant, ils sont souvent mous, très friables, saignant au moindre contact, et leur surface au lieu d'être lisse rosée, est plus rougeâtre, fendillée, crevassée, granuleuse. Ils ne sont pas pédiculés, mais reposent par une large base sur les parois du conduit (Schwartz) (1), de plus ils sont rebelles à toutes les cautérisations. L'écoulement d'oreille est fréquemment mêlé de sang et contient des particules osseuses.

La tumeur en même temps envahit le temporal, l'articulation temporo-maxillaire, atteint la corde du tympan (cas de Polaillon) et le trijumeau dont le territoire devient à son tour le siège de douleurs parfois atroces. Cette névralgie du trijumeau s'explique aisément par la proximité du ganglion de Gasser et du rocher.

Puis c'est le glosso-pharyngien qui est pris; et alors commencent des douleurs dans le pharynx avec sensation de constriction au moment des déglutitions. Dans un cas observé par Polaillon, et rapporté par Assaki, « le malade était pris à « intervalles irréguliers et durant un certain nombre « de jours... Il lui était alors impossible d'avaler

1. Schwartz. *Ein Fall primären Epithelialkrebs des Mittelohres* (Arch. f. Ohr., 1875).

« des solides et toute son alimentation était réduite
« à du lait et du bouillon, et encore lui arrivait-il
« souvent d'avaler de travers... La respiration était
« laborieuse et le malade était pris de cornage dès
« qu'il se fatiguait ou voulait produire un effort
« quelconque. »

Enfin le pneumo-gastrique est atteint et nous voyons apparaître les étouffements, les expectorations pénibles accompagnés d'accès de toux, les nausées, les vomissements opiniâtres, les palpitations : « Et tout cet envahissement se fait rapidement, sans frissons, sans fièvre, mais accompagné
« de douleurs névralgiques extensives n'ayant pas
« le caractère de tension de celles qui dénotent les
« collections osseuses inflammatoires (1). »

On peut pourtant s'y tromper, car l'apophyse mastoïde, une des parties les plus fréquemment atteintes, est parfois tuméfiée et si douloureuse à la pression que l'on peut croire à quelque abcès osseux qu'il faut ouvrir. Si l'on n'opère pas, l'ouverture peut se faire d'elle-même, soit vers l'extérieur — et alors, ou une fistule se forme qui persiste, laissant écouler un liquide ichoreux et fétide, ou les masses cancéreuses font saillie en dehors jusqu'à atteindre un volume énorme — ; soit à l'intérieur vers le conduit, — et c'est par là que le liquide sécrété s'écoule sans que le travail du néoplasme soit dénoté autrement que par la douleur qu'occasionne la pression exercée sur

1. Charazac, *loc. cit.*

l'apophyse mastoïde. Dans ce dernier cas, en effet, il peut n'exister ni gonflement, ni rougeur de la région.

Dans quelques cas, l'ouverture de l'antre fut décidée à cause de la fluctuation constatée à ce niveau et des douleurs occasionnées, pensait-on, par la présence de pus dans l'apophyse. A l'ouverture, on vit celle-ci sclérosée de telle sorte que l'antre n'existait plus. (Obs. de Burkhard-Mérian (1), de Gorham Bacon et Muzzi (2), de Charazac) (3).

La fluctuation peut être due à la présence du pus ou du liquide ichoreux sécrété par le néoplasme. Mais dans les cas cités plus haut il s'agissait d'une fausse fluctuation due à la présence sous la peau de fongosités ramollies.

En même temps la tumeur gagne du côté de l'oreille interne, envahissant le rocher; et l'on voit apparaître les vertiges au moindre mouvement que fait le malade.

Du côté du temporal, l'articulation temporo-maxillaire est prise, la partie postérieure de l'arcade zygomatique se tuméfie sous l'envahissement du néoplasme, ainsi que la cavité glénoïde du temporal, repoussant le condyle en bas et en avant, mouvement dont la conséquence est de faire dévier la mâchoire inférieure vers le côté opposé et de faire

1. *Arch. of otol.* T. XIII, p. 11.

2. *Arch. of otol.* Mars 1888.

3. *Loc. cit.*

chevaucher les dents d'en bas sur les dents supérieures. Lorsque cette déviation est assez forte, le malade peut à peine ouvrir la bouche et le plus petit mouvement devient la cause de vives douleurs.

Dans l'observation de Rasmussen et Schmiegelow (1) c'était surtout du côté de la fosse temporale et de l'articulation temporo-maxillaire que le néoplasme s'était développé.

Nous avons aussi constaté chez notre malade (Obs. I), le développement considérable que peut atteindre cette partie osseuse tuméfiée et la déviation énorme qui en est la conséquence.

Parfois, au contraire, le temporal et la cavité glénoïde subissent une dégénérescence telle que le condyle enfonce la mince feuille osseuse qui reste et pénètre en dedans du temporal au milieu de la bouillie cancéreuse, entraînant alors la mâchoire inférieure vers le côté malade. Kretschmann (1) l'a constaté. A l'autopsie il trouva le condyle du côté atteint à un centimètre au-dessus du niveau de l'autre, pénétrant à travers la cavité glénoïde détruite. L'apophyse zygomatique, l'écaille du temporal, la partie antérieure et externe du rocher avaient disparu.

Lorsque le spinal et le pneumo-gastrique sont touchés, la raucité de la voix peut être le premier signe de l'envahissement, précédant de quelques

1. *Arch. of otol.*, n. 2 et 3, vol. XV, p. 167.

2. Kretschmann. *Arch. f. Ohr.*, p. 233.

jours les vomissements. De plus, le malade s'étrangle en avalant, et c'est le signal de la toux et des étouffements.

On observe parfois, comme dans le cas de Polaillon, la paralysie d'une moitié du voile du palais, du sterno-cléïdo-mastoïdien, du trapèze, accompagnée de dyspnée, de dysphagie, de vomissements et de palpitations cardiaques, conséquences de l'envahissement du rocher et du trou déchiré postérieur par la tumeur, envahissement qui avait occasionné la perte complète de l'innervation du facial et du spinal et des troubles de l'innervation du glosso-pharyngien, du pneumo-gastrique et du grand hypoglosse.

La glande parotide, si voisine de l'oreille, est prise aussi : elle ne secrète plus de salive, et tout le côté de la bouche correspondant à l'oreille malade est sec, les joues sont collées aux gencives, la langue elle-même est pâteuse et sèche, et le malade a soif.

Doit-on penser à l'envahissement par le néoplasme de la parotide elle-même ou à la paralysie des nerfs sécréteurs qui s'y rendent ? Les deux hypothèses sont admissibles. Mais cette sécheresse de la bouche du côté atteint est un fait remarquable et qui me paraît ne pas avoir été noté jusqu'à présent, quoique certains auteurs aient trouvé la parotide envahie.

Pendant que le cancer gagne ainsi en étendue, les douleurs deviennent de plus en plus fortes, le

bourgeon charnu emplit peu à peu le conduit auditif externe jusqu'à faire saillie au dehors et prendre parfois des proportions considérables. Ce bourgeon dans le cas rapporté par Hartmann (Obs. V) atteignait le volume d'un œuf d'oie.

Des hémorrhagies plus ou moins abondantes, en nappe ou en jets, bénignes ou graves, qui se font lentement ou d'un seul coup comme si une certaine quantité de sang amassée en arrière des fongosités se soit subitement ouvert un passage, peuvent survenir pendant toute la durée de l'affection.

Parfois le malade meurt à la suite d'une de ces hémorrhagies foudroyantes.

Dans ces cas, on a trouvé à l'autopsie une érosion de la carotide interne (1), ou bien le néoplasme après avoir envahi le rocher, avait pénétré jusqu'au sinus latéral qui s'était ouvert (2).

La plupart du temps, au contraire, les hémorrhagies ne présentent aucune gravité et semblent même apporter un certain soulagement aux malades. Il est probable alors que le point de départ de ces hémorrhagies est un petit vaisseau ulcéré et ouvert dans le bourgeon lui-même.

Telle est à peu près la seconde période que l'on peut reconnaître dans la marche des tumeurs malignes de la caisse.

Durant toute cette période qui peut durer de cinq

1. Hewetson (*The Lancet*, 26 mai 1888).

2. Garmalt (*Trans. of Amer. otol. Soc.*, 1889).

à dix mois le malade a perdu ses forces, les douleurs sont telles que le sommeil est impossible. Les aliments difficilement déglutis sont insuffisants pour soutenir les forces du malade qui craint d'avaler pour ne pas avoir de crises.

Alors commence la dernière phase de l'affection, et les malades qui ont échappé à la mort due aux hémorrhagies foudroyantes, à la méningite, aux pneumonies et en général aux accidents secondaires qui peuvent survenir dans l'évolution des tumeurs cancéreuses vont entrer dans la période de cachexie.

Le pneumogastrique semble alors être le point spécial sur lequel se porte toute la force de la maladie. Les nausées deviennent continues, les vomissements sont occasionnés par la plus petite ingestion de liquide, la constipation est opiniâtre, les vertiges sont constants, tout le tronc devient le siège d'un engourdissement superficiel, et le malade qui ne sent plus les vêtements qui le couvrent est douloureusement impressionné par le moindre toucher. Les douleurs dans l'oreille et dans la tête diminuent d'intensité ; elles surviennent par crises et les malades les comparent à des coups de marteau frappés sur la tempe ou l'apophyse mastoïde.

L'oreille est le siège d'un écoulement ou franchement purulent et fétide (Obs. II) ou simplement séro-sanguinolent contenant des débris épithéliaux et des cellules venant du bourgeon (Obs. I).

Parfois surviennent des symptômes de pression

cérébrale (Obs. V), et le malade meurt dans le coma; ou bien, à bout de forces, épuisé par la privation de nourriture, affaibli par la douleur et les insomnies, le malade meurt de cachexie par les progrès de l'affection (Obs. I et II).

Tous ces symptômes que nous venons de décrire, cette marche de la maladie que nous venons d'indiquer, dépendent absolument des territoires envahis par le néoplasme. Celui-ci progresse dans un sens ou dans l'autre, sans loi fixe, sans cause apparente, gagnant vers le temporal ou l'apophyse mastoïde et la nuque, paralysant tel ou tel nerf, envahissant le rocher et la base du crâne, l'apophyse basilaire, l'atlas, le rocher du côté opposé, s'étalant même dans l'intérieur de la boîte crânienne. On comprendra donc facilement pourquoi dans tel ou tel cas la marche du cancer et les symptômes constatés diffèrent sensiblement, et pourquoi selon l'extension du néoplasme vers les parties antérieures, postérieures ou profondes, il faut plutôt redouter tel ou tel accident.

Ordinairement la maladie évolue sans fièvre ou si la fièvre apparaît c'est qu'il existe une inflammation quelconque, la méningite par exemple, ou une transformation putride de la tumeur qui vient se surajouter à l'affection.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC ET DURÉE.

Lorsque le cancer de l'oreille est arrivé à un certain développement et qu'à travers la peau les bourgeons charnus font saillie, le *diagnostic* s'impose.

Mais il n'en est pas de même au début, car les premiers symptômes qui se manifestent, isolés ou associés : douleurs, écoulement purulent, paralysie faciale, vertiges, surdité, bourdonnements, présence de bourgeons charnus dans le conduit, gonflement mastoïdien...; ces symptômes, disons-nous, existent dans d'autres maladies de l'oreille et les diagnostics d'otite moyenne suppurée, de catarrhe tubaire, de sclérose de la caisse, d'abcès mastoïdien, de carie osseuse, etc., sont posés avant celui de tumeur maligne.

L'aspect des fongosités même n'apporte aucune lumière nouvelle pour éclairer le spécialiste et le mettre sur la voie du vrai diagnostic *que seul l'examen microscopique du bourgeon extirpé peut lui donner.*

L'âge des malades ne donne non plus aucun renseignement précis, les tumeurs malignes pouvant se développer chez des individus jeunes : Kuhn a vu un sarcome de l'oreille moyenne chez un enfant d'un an.

L'hérédité ne peut fournir ici aucun renseignement. Cependant avec le D^r Charazac et Kretschmann, nous croyons qu'elle peut jouer un rôle comme dans les autres cancers de l'organisme. Malheureusement les auteurs sont souvent muets sur ce sujet.

L'examen du bourgeon doit donc être fait, mais il ne le sera ordinairement que si le médecin a quelque doute sur la nature de la maladie.

Lors donc que chez un malade âgé de quarante-cinq ans environ et ayant une otite ancienne ou récente, on voit survenir au cours de son affection, des douleurs violentes, tenaces, avec exacerbations fréquentes, ou rémission de plusieurs jours, parfois de plusieurs semaines ; un écoulement fétide et une production de bourgeons charnus, ulcérés à leur surface, fendillés, granuleux, saignant facilement et se reproduisant rapidement après l'extirpation, il faut songer à l'existence possible d'une néoplasie maligne, surtout si on voit se produire une paralysie faciale et une poussée inflammatoire du côté de l'apophyse mastoïde ou du temporal. Après examen des fongosités, les probabilités se changeront en certitudes.

Le *pronostic* des tumeurs malignes de l'oreille

moyenne, alors même que celles-ci, reconnues dès le début, sont traitées et opérées, est absolument fatal. Le néoplasme, en effet, a une telle tendance à envahir les régions voisines qu'il est impossible d'en faire une extirpation totale. C'est donc la mort qui termine toujours la maladie.

Peut-on approximativement fixer la date à laquelle doit survenir la mort du malade? Si aucun accident : méningite, hémorrhagie, maladie intercurrente, ne vient interrompre la marche du cancer, celui-ci met en moyenne de 12 à 18 mois à évoluer, et dans ce cas le malade meurt de cachexie ou de faim. Mais il peut survenir une hémorrhagie foudroyante, le malade peut mourir de méningite. Il faut donc réserver son pronostic quant à l'époque probable de la mort du malade et prévenir la famille des accidents qui peuvent survenir et hâter la fin.

Cependant la variété même du cancer est une indication pour la durée probable de l'évolution de la maladie. Le sarcome marche très vite, trois à six mois (Schwartz), sept mois (Hartmann). Le carcinome épithélial est plus lent, 12 à 18 mois. Le sarcome atteint surtout les enfants, jusqu'à dix ans. Après cet âge, il est très rare. Chez les malades âgés, on constate surtout l'épithéliome.

Le pronostic est donc terrible pour les jeunes sujets. En moins d'un an, de six mois quelquefois, la néoplasie a achevé son évolution et le malade a succombé. Chez les adultes, le pronostic n'est pas moins fatal, mais la marche du néoplasme est plus lente.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT.

Le traitement à instituer doit être la plupart du temps purement palliatif. Soulager le malade, calmer ses douleurs, lui procurer un peu de repos et de sommeil, tel est le but auquel doit tendre le médecin en présence d'une tumeur maligne de l'oreille moyenne.

On essaiera donc tous les analgésiques ayant une action rapide, tels que bromure de potassium, bromidia, antipyrine, etc.

Une formule qui nous a semblé réussir assez bien est la suivante :

Analgsine.....	0,50 cent.
Phénacétine.....	} aa 0,06 cent.
Acétanilide.....	
Cocaïne.....	0,006 mill.

Pour un cachet.

A donner de 1/2 heure en 1/2 heure pendant les fortes crises sans dépasser quatre cachets.

Le sulfate de quinine rend des services lorsque la douleur simulant la névralgie revient à intervalles réguliers ou à heures fixes. Dans ces cas 0,60 à 0,80 centigrammes de sulfate de quinine donnés 2 ou 3 heures avant l'accès et en deux cachets à 1 heure d'intervalle, semblent atténuer la crise douloureuse en retardant son heure de venue.

Mais le médicament par excellence, celui qu'il faut essayer de donner le plus tard possible, car on en aura besoin longtemps, et la trop grande habitude en diminue l'effet, c'est la *morphine*. Elle donnera au malade quelques heures de calme et de sommeil, elle amoindrira sa douleur en la rendant supportable, elle adoucira sa fin. La dose dans ces cas-là importe peu et le praticien n'aura pas à s'inquiéter du morphinisme.

Il existe cependant des cas où une *intervention* plus active est indiquée dans un but toujours palliatif, c'est vrai, mais dont le résultat sera de donner au malade non plus quelques heures mais quelques semaines de repos (obs. VII).

Au début de la maladie, si le bourgeon charnu obture le conduit auditif et empêche l'écoulement des liquides amassés dans la caisse, il faut songer à l'enlever et à cautériser son pédicule.

Si l'apophyse mastoïde est prise et remplie de fongosités qui rendent la région gonflée et douloureuse, le curettage de l'antre et l'ablation des fongosités soulagent au moins momentanément le ma-

lade et fait diminuer la douleur, la suppuration et la fétidité.

Certains auteurs, tels que Schwartz, Lucæ, etc., blâment toute opération même partielle dans les cas de tumeurs malignes de la caisse, et recommandent l'abstention complète. Kretschmann, au contraire, dit que mieux vaut soulager les malades, même en abrégant leur vie de quelques semaines par une opération sanglante, ce qui, ajoute le même auteur, n'est pas prouvé, que de les laisser vivre dans une souffrance intolérable. Et il recommande de faire un curettage sérieux, d'enlever autant que possible les parties malades jusqu'aux tissus sains sans craindre de léser le nerf facial, et de recommencer même au besoin plusieurs opérations.

Sans être complètement de l'avis de Kretschmann, nous croyons qu'une intervention chirurgicale s'impose quand la douleur est augmentée par l'amas des bourgeons charnus dans l'intérieur de l'apophyse mastoïde. Mais alors un simple nettoyage de l'antre avec ablation des fongosités suffit. Il ne faut pas courir le risque de léser une artère importante ou même l'encéphale par un curettage trop énergique.

Dans les cas où le néoplasme subissant une transformation purulente fait apparaître la fièvre chez le malade, il faut faire une incision et mettre un drain pour faciliter l'écoulement du pus.

Quant à l'ablation totale des régions envahies par

la tumeur, cette opération même au début de la maladie ne doit pas être tentée à cause de la situation même de l'oreille moyenne et de l'impossibilité de tout enlever, sans compter les risques de toucher un organe important : artère, cerveau.

La repullulation du reste est très rapide et en quelques semaines les masses cancéreuses reparaissent.

Le pansement de l'oreille doit être fait plusieurs fois par jour, lavages au sublimé du conduit et des fistules qui peuvent exister, application de poudre antiseptique : salol, iodoforme, etc., et de gaze stérilisée, recouverte de coton hydrophyle destiné à absorber les liquides qui s'écoulent.

Les injections dans l'oreille soulagent souvent le malade, et les poudres peuvent diminuer la fétidité du pus.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Mme X..., âgée de 60 ans, entre dans le service de M. le Dr Chatellier, à l'hôpital Saint-Joseph, le 18 octobre 1894, pour des douleurs violentes dans l'oreille gauche et un écoulement séreux dans le conduit auditif externe.

Comme antécédents personnels : à signaler une prédisposition particulière aux maux de tête, datant de l'enfance, localisés à la partie gauche de la tête et une pleurésie purulente il y a seize ans.

Interrogée, la malade nous raconte que trois ans auparavant son oreille gauche était sèche et ne produisait pas de cérumen comme l'oreille droite. A cette époque, elle a eu dans le conduit de violentes démangeaisons que rien ne put diminuer, phénomène très pénible par sa continuité et son acuité.

Il y a six mois, sentant son ouïe diminuer et remarquant que son oreille laissait écouler un peu de liquide séro-sanguinolent elle alla trouver le Dr L... qui après quelques lavages dans l'oreille lui retira des bourgeons charnus de son conduit. Les phénomènes ne s'amendant pas et s'accompagnant de douleurs plus violentes, elle vint consulter le Dr Chatellier en juillet 1894.

L'oreille gauche présentait alors sur la face postérieure du con-

duit auditif externe près de la membrane du tympan une petite fistule recouverte en partie par un bourgeon charnu de deux millimètres de diamètre environ. Le stylet pénétrait facilement dans la fistule en suivant la paroi osseuse du conduit, et rencontrait au fond assez profondément une surface osseuse dénudée. L'écoulement était séro-sanguinolent, pas franchement purulent et pas fétide. A l'aide d'une perle d'acide chromique, le D^r Chatellier détruisit le bourgeon charnu et fit faire des pansements secs avec de l'acide borique finement pulvérisé. Le tympan était intact, sans perforation.

C'était le moment des vacances, la malade resta trois mois sans revenir.

En octobre 1894. Nouvel examen par le D^r Chatellier qui remarqua tout d'abord une paralysie faciale gauche complète. La partie droite de la figure de Mme X... seule avait conservé ses traits habituels ; à gauche, la joue et la lèvre tombaient légèrement et l'immobilité de la face de ce côté contrastait avec la partie droite correspondante très mobile dans ses expressions de physionomie.

De plus, la malade se plaignait de douleurs très violentes ayant leur point de départ dans l'oreille gauche et s'irradiant vers la nuque et sur tout le territoire du trijumeau, en suivant toujours le même trajet : l'oreille, la mâchoire supérieure, remontant par la joue dans l'œil, le front et le sommet de la tête.

Un mouvement plus vif, une émotion, une excitation quelconque, amenaient une exacerbation de douleurs dont la marche rappelait, d'après la malade elle-même, certaines fusées qui montent en zigzags dans l'espace où elles éclatent ; et cet instant correspondait au moment précis où la douleur atteignait le sommet de la tête. Parfois la douleur filait vers la nuque ou vers le cou et l'épaule.

Dans le conduit il existait de nouveau un bourgeon charnu sié-

geant à la partie postérieure du conduit. Ce bourgeon était rouge, aplati, étendu en surface, saignant facilement. L'exploration au stylet était rendue impossible par la douleur que le moindre attouchement provoquait dans l'oreille. Il n'y avait pas de suppuration, pas de fétidité. La surdité de ce côté était complète.

A ce moment son entrée à l'hôpital fut résolue pour qu'un examen plus sérieux sous chloroforme fût pratiqué. Quinze jours après son entrée dans le service, le 2 novembre 1894, on endormit la malade au chloroforme.

Il y avait donc 20 jours environ que le dernier examen avait été fait et déjà le bourgeon charnu avait sensiblement augmenté, il remplissait maintenant presque tout le conduit, et en tirant légèrement le pavillon en arrière on l'apercevait qui faisait saillie vers l'ouverture.

M. Chatellier fit le diagnostic de tumeur maligne de l'oreille et ne voulut faire aucune opération d'autant plus que le ganglion préauriculaire était légèrement induré.

Pour permettre l'écoulement des liquides au dehors on commença à faire dans l'oreille des instillations de solution concentrée d'acide picrique répétées tous les deux ou trois jours.

Les douleurs devenant si violentes que la malade poussait des cris atroces, on essaya d'antipyrine, de bromure, de bromidia, de sulfate de quinine, pour modifier ou atténuer les crises. Soixante centigrammes de sulfate de quinine furent donnés en deux paquets à huit heures du matin et à midi pour essayer de modifier les crises douloureuses qui prenaient chaque jour à deux heures de l'après-midi, simulant ainsi des accès de névralgie. C'est ce qui arriva : les douleurs furent moins violentes et l'heure de leur apparition fut reculée : mais l'effet fut de courte durée.

On commença alors les piqûres de morphine.

Vers la fin de novembre, les symptômes ne se sont guère modifiés. Ce qui domine ce sont les douleurs : douleurs dans l'oreille

si aiguës que le sommeil est détruit ; dans la nuque, telles que le décubitus dorsal est parfois impossible ; dans la gorge, empêchant la malade, au moment des crises, même de boire un peu d'eau — ces dernières sont souvent déterminées par une simple déglutition — ; dans l'œil, le front et le crâne.

Toutes ces douleurs surviennent par crises, elles sont surtout aiguës dans la matinée, dans l'après-midi et la nuit laissant entre elles des moments, parfois deux ou trois heures, de calme relatif.

La malade se lève, va et vient, prend encore des aliments semi-liquides ou liquides, biscuits trempés dans du vin, crème, lait, bouillon, potage, viande hachée, etc... qu'elle avale sans trop de difficulté.

La morphine a été augmentée, on en donne maintenant 12 à 15 centigrammes par jour.

Les pansements de l'oreille sont faits régulièrement tous les jours. Le bourgeon semble avoir diminué légèrement sous l'action caustique de l'acide picrique.

En décembre, la tumeur fait des progrès ; elle a envahi l'articulation temporo-maxillaire en avant. Cette dernière fait saillie au-devant de l'oreille et le moindre attouchement est douloureux.

L'apophyse mastoïde est prise, ainsi que le temporal. La douleur est telle que le palper est impossible. Le maxillaire inférieur est dévié vers la droite, de telle sorte que les dents du bas se trouvent quand la malade ferme la bouche au devant des dents supérieures. La malade les accroche les unes dans les autres, ce qui lui occasionne des douleurs violentes.

La joue à gauche est le siège d'un œdème peu considérable mais qui attire les téguments en bas vers la partie inférieure du maxillaire inférieur. On constate aussi un œdème très léger au niveau de l'apophyse mastoïde. Les douleurs dans la gorge sont plus fréquentes et plus fortes.

Malgré tout, la malade continue à se lever. Son intelligence

est intacte et rien ne semble faire croire que la tumeur ait atteint le plancher de la cavité encéphalique.

On ne constate toujours dans l'oreille, ni suppuration, ni fétidité. Le bourgeon n'a pas changé d'aspect, mais il saigne quelquefois très abondamment et par jet. Ces hémorrhagies ne se produisent pas fréquemment et s'arrêtent assez rapidement, apportant un peu de tranquillité à la malade qui n'a plus de repos qu'après ses piqûres de morphine qu'on renouvelle toutes les trois heures sauf la nuit.

Durant les quinze premiers jours de janvier, les douleurs sont si intolérables, le moindre bruit les réveillant, que la malade qui ne dort plus et ne peut qu'avec peine prendre un peu de nourriture, — les liquides étant assez bien déglutis pourvu que ce soit par toutes petites gorgées, — la malade donc se décide à rentrer chez elle.

Depuis lors je suis allé la voir chaque jour.

La dose de morphine a été augmentée et portée à 0,25 cent. par jour. Les piqûres seules calment un peu les douleurs dont l'étendue du territoire grandit de plus en plus.

Vers le milieu de février 1895, voici quel était l'aspect de la malade : Paralyse complète de la face à gauche, paralyse incomplète de la paupière supérieure gauche. La malade ne peut plus fermer sa paupière qui laisse l'œil à découvert, mais elle peut la relever. La partie inférieure du globe oculaire, continuellement exposée à l'air, est atteinte de conjonctivite légère.

La mâchoire est complètement déviée à droite. Les dents s'entrechoquent et chevauchent les unes sur les autres. Il n'y a pas de déviation de la langue, ni de la luvette.

L'articulation temporo-maxillaire, le temporal et l'apophyse mastoïde tuméfiés semblent repousser l'oreille en dehors, formant ainsi une élévation surmontée du pavillon.

Le bourgeon charnu a grossi (les pansements à l'acide

picrique ayant été supprimés comme trop douloureux) et arrive jusqu'à l'ouverture du conduit; le tragus à sa face postéro-interne bourgeonne aussi.

Le cou, l'épaule, la nuque ne présentent à l'examen aucune modification. On sent en arrière du muscle sterno-cléido-mastoïdien et au-dessous de l'apophyse mastoïde une chaîne de ganglions petits et durs.

La commissure des lèvres à gauche tombe et la malade ne peut ni cracher, ni souffler, ni articuler certains mots.

La malade a énormément maigri. Elle ne se lève plus que quelques instants dans la journée pour prendre des lavements destinés à vaincre une constipation opiniâtre qui la préoccupe beaucoup. Déjà elle est restée onze jours sans aller à la garde-robe malgré des purgations et des lavements purgatifs qu'elle confectionne elle-même et où elle mélange séné, sel de cuisine, glycérine et eau.

La malade ne peut plus prendre que des liquides ou des crèmes qu'elle laisse fondre dans sa bouche.

Les douleurs sont plutôt moins violentes, il semble que le système nerveux affaibli réagisse moins violemment.

Les nuits sont meilleures. Depuis que la malade est rentrée chez elle, elle dort en moyenne sept à huit heures par nuit. Mais le réveil est terrible : douleurs atroces, sensation de constriction dans la gorge, étouffements, toux, enfin expectoration difficile de mucosités épaisses, gluantes, et vomissements bilieux, âcres, qui laissent la malade anéantie.

Parfois dans la journée la malade est dans un état de torpeur et d'abattement tel qu'elle ne peut ni faire un mouvement ni appeler, et cependant elle voit, elle entend, elle souffre. Ces absences durent souvent un quart d'heure.

Cependant son intelligence est intacte, elle n'a aucun signe indiquant une inflammation méningée ou une compression cérébrale.

Au commencement du mois de mars la dernière période s'annonce.

La malade ne prend plus rien et vomit fréquemment dans la journée. Elle a des vertiges, des nausées. Elle se plaint d'un engourdissement qui atteint toute la partie gauche de la tête, l'épaule, le bras et la partie correspondante du tronc. Elle ne se rend plus compte des vêtements qu'elle porte et pourtant le palper est très douloureux. Les crises de douleurs plus rapprochées sont moins atroces. Un nouveau symptôme est venu s'ajouter aux précédents ; la raucité de la voix.

Le 15 mars. — La malade n'est pas allée à la selle depuis 25 jours. Elle ne prend plus depuis 10 jours qu'un peu d'eau sucrée. Ce matin, un jaune d'œuf délayé dans un peu de lait qu'on lui a donné en lavement, a été gardé.

Les vomissements sont fréquents, les vertiges et le mal de cœur sont incessants. La faiblesse augmente. La malade parle difficilement et ne peut plus ouvrir la bouche. Elle a des crises d'étouffement fréquentes et expectore à chaque minute des mucosités.

Le 19 mars. — La malade a une série de crises d'étouffement assez fortes.

Le 20 mars. — A la suite d'un accès d'étouffement la malade tombe dans une sorte de torpeur. Mais elle entend tout ce qui se passe autour d'elle. Par moments elle parle et répond par quelques paroles difficilement prononcées aux questions qu'on lui pose.

Le 21 mars. — L'agonie commence, la respiration est assez calme, le pouls petit.

Aux contractions de la figure on voit que les douleurs sont toujours violentes.

La malade meurt à 7 heures 1/2 du soir.

Détails remarquables : jamais la malade n'a eu un instant de

fièvre, jamais la température n'a dépassé 37°,5 ; jamais l'oreille n'a été le siège d'un écoulement purulent et fétide.

Cette observation est très intéressante à cause de la marche de la maladie qu'on a pu suivre pas à pas. Les symptômes douloureux si accusés, localisés d'abord, puis s'étendant progressivement jusqu'à gagner le tronc et le bras, indiquaient nettement l'envahissement progressif du cancer et les territoires atteints.

L'autopsie ne put avoir lieu mais après la mort j'enlevai un petit morceau du bourgeon charnu qui faisait saillie en dehors du conduit. En arrière de ce bourgeon il existait une cavité remplie d'une bouillie semi-liquide, rouge-brunâtre, et qui devait occuper la presque totalité du rocher. Dans le fond de ce trou je sentis assez loin une cloison molle, reste de la partie profonde du rocher. Un instrument enfoncé par le conduit put être dirigé en avant vers l'articulation temporo-maxillaire, en arrière vers l'apophyse sans rencontrer de résistance sinon à une grande profondeur. Le conduit auditif osseux semblait être détruit et devait communiquer largement avec tout le rocher. L'examen microscopique du bourgeon fut fait.

En voici le résultat :

La pièce mesurait 1 centimètre de long sur 8 millimètres environ de large et 5 millimètres d'épaisseur.

Mise immédiatement dans l'alcool, elle y fut laissée pour le durcissement.

Coloration au picro-carmin.

A un faible grossissement (Reichert, ocul. 2, obj. 3), on reconnaît aisément que la masse de la tumeur est formée par un tissu de nature épithéliale au milieu duquel sillonnent des tractus de tissu conjonctif et des vaisseaux, non encore détruits.

En certains points de la tumeur on voit celle-ci recouverte par un revêtement épithélial épaissi, en voie de prolifération, mais nettement encore séparé à sa face profonde du derme sous-jacent.

Plus profondément on voit les masses épithéliales infiltrer le tissu conjonctif et la lumière des vaisseaux lymphatiques. A ce niveau, les tissus profonds sont déjà envahis mais le néoplasme n'a pas encore détruit complètement la couche cutanée.

On ne voit pas dans la tumeur de gros vaisseaux artériels ou veineux, la partie enlevée appartenant à un bourgeon développé dans la lumière du conduit auditif externe.

A un fort grossissement (Reichert, ocul. 2, obj. 6) les masses épithéliales sont constituées par des cellules assez volumineuses, pressées les unes contre les autres, au milieu desquelles existent de nombreux globes épidermiques très nets. Les noyaux cancéreux partent de la surface de la tumeur pour pénétrer dans la profondeur. Au sein de ces boyaux on voit des fibres élastiques non encore détruites, ondulées, entrecroisées, ramifiées.

Les vaisseaux sont nombreux : ce sont ou des capillaires ou des lymphatiques dilatés. Leur lumière est remplie de cellules épithéliales analogues à celles qui forment la tumeur. Certains ont leur paroi absolument intacte ; sur d'autres, au contraire elle est très altérée en un point de son contour et elle se confond avec les cellules épithéliales qui entourent ou obstruent le vaisseau.

Les cellules qui constituent la masse de la tumeur sont nettement de nature épithéliale ; elles sont déformées, crênelées, aplaties par leur pression réciproque. Les unes ont un seul gros noyau muni de plusieurs nucléoles ; d'autres sont en voie de prolifération et présentent plusieurs noyaux.

Toutes contiennent un protoplasma granuleux abondant.

En résumé : la tumeur que nous venons de décrire est un *épithéliome tubulé*. Il y a envahissement des vaisseaux.

OBSERVATION II

Epithélioma de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde par Charazac (1) (Résumé).

Sœur A..., 65 ans, a fait une chute sur la tête en 1889, et à la fin de la même année a eu une sorte d'attaque d'apoplexie avec perte de la parole et paralysie presque complète de la partie

1. *Revue laryng. de Mowé*, 1892, n. 2, p. 33.

droite du corps, phénomènes qui disparurent rapidement ; aucune lésion apparente de l'oreille.

En 1890, surdité presque complète à droite ; pas de douleurs.

A la fin de 1890, surviennent les symptômes d'une otite moyenne aiguë : douleurs, bourdonnements, puis otorrhée.

Plus tard apparaît un bourgeon charnu douloureux dans le conduit auditif ; on l'extirpe.

Au début de 1891, les symptômes s'accroissent : vives douleurs occipito-temporales, otorrhée fétide, phénomènes cérébraux, changement de caractère, embarras de la parole, affaiblissement de la mémoire ; et, signes anatomiques importants, paralysie faciale du même côté avec entraînement des commissures et des traits de la face du côté opposé et œdème des téguments mastoïdiens et occipitaux.

En mai 1891, elle vient à la consultation du D^r Charazac qui constate les lésions suivantes : conduit auditif rétréci, enflammé, écoulement purulent abondant et fétide, dans le fond de l'oreille un bourgeon charnu lisse, rosé, fermant complètement le conduit. La malade souffre beaucoup dans la partie correspondante de la tête.

La région mastoïdienne est œdématiée, la peau qui la recouvre est lisse et rouge, très sensible à la pression. Pas de fluctuation.

Diagnostic : suppuration de l'oreille moyenne avec production de fongosités et complication du côté de l'apophyse mastoïde.

Cependant certaines considérations : âge de la malade, douleurs violentes, paralysie faciale, bourgeon saignant facilement, nature de l'écoulement et sa fétidité, pouvaient faire songer à une tumeur maligne de l'oreille.

Devait-on intervenir ? La question était discutable. D'accord

avec le Dr Jeannel, le Dr Charazac décida l'ouverture de l'apophyse mastoïde.

L'opération fut pratiquée le 16 mai 1891.

Incision sur l'apophyse à 1 centimètre 1/2 du pavillon. Curetage des fongosités dans l'os nécrosé et dans la caisse. Pas trace de pus. Lavage au sublimé à 1 o/o renouvelé tous les deux jours.

Trois semaines après, le bourgeon néoplasique reparut avec écoulement de pus horriblement fétide. Les douleurs sont atroces par crises.

Pas de modification de la paralysie faciale.

Vers le 15 septembre, mort. Durée : 15 mois environ.

A l'examen microscopique, les fongosités apparaissent très nettement caractérisées comme étant de l'épithéliome pavimenteux lobulé. On y voit des îlots assez larges de tissu analogue à celui de Malpighi avec des globes épidermiques tout-à-fait caractéristiques.

OBSERVATION III

Carcinome de l'oreille moyenne (Carmalt, de New-Haven. *Trans. of the Amer. Soc.*, 1888).

Le malade, âgé de 47 ans, est atteint d'otorrhée de l'oreille gauche consécutive à la rougeole à l'âge de 5 ans. Mais en dehors de l'écoulement, son oreille ne lui a causé aucun ennui jusqu'en février 1888.

A cette époque, douleurs violentes dans l'intérieur et autour de l'oreille, écoulement fétide.

Le conduit est rempli par une excroissance et très sensible au toucher. L'apophyse mastoïde non gonflée est sensible et la douleur s'irradie à la moitié gauche de la tête empêchant le sommeil.

Survint une paralysie faciale gauche.

Une opération fut faite, la cavité de l'antre n'existait plus. Pas d'abcès. Le bourgeon charnu emplissant le conduit fut extirpé.

Quelques semaines plus tard, le bourgeon avait reparu et la peau commençait à se prendre.

Nouvelle opération. Curettage du rocher dans lequel les diverses parties de l'appareil auditif avaient disparu et étaient remplacées par des fongosités. Lavage de la plaie à la résorcine.

Pendant un temps, la plaie parut aller bien, puis la maladie reparut de nouveau. L'écoulement redevint fétide.

Le malade perdit ses forces et mourut d'hémorrhagie foudroyante, probablement par érosion du sinus latéral.

L'examen des bourgeons démontra qu'il s'agissait d'un carcinome épithélial.

OBSERVATION IV

Sarcome primitif de la caisse du tympan chez un enfant de 12 ans (Charazac
Revue laryng. de Moure, 1892, n. 2, p. 39).

A 4 ans, otite moyenne aiguë suppurée de l'oreille gauche avec violentes douleurs. Abscessus mastoïdien ouvert spontanément. Depuis, écoulement léger de l'oreille gauche.

En 1889. — Dans les premiers mois, surdité à droite.

Le 15 mai 1889. — Examen de l'enfant.

P. osseuse.....	{ à droite, bonne.
	{ à gauche, bonne.
P. aérienne.....	{ à droite, 2 centimètres.
	{ à gauche, 3 centimètres.

A droite : Membrane légèrement épaissie, un peu enfoncée.
Pas traces de cicatrices. Tympan libre.

A gauche : Segment inférieur du tympan détruit. Le manche du marteau pend sur le cadre tympanique comme un stalactite.

Sur le promontoire, petit bourgeon charnu : Ab'ation, cautérisation.

Traitement. — Injections boriquées et instillations au sous-nitrate de plomb à gauche.

A droite cathétérisme.

La suppuration diminue à gauche. L'audition s'améliore à droite.

Un peu plus tard en juin 1889. Léger écoulement à gauche sans *production polypeuse*. Ablation de tumeurs adénoïdes par Ladreit de Lacharrière.

En juillet 1889. — Saison à Saint-Gervais.

En 1890. — L'écoulement persiste sans *production polypeuse*.

En juillet 1890. — Nouvelle saison à Saint-Gervais suivie d'amélioration notable de l'oreille droite.

Le 1^{er} avril 1891. — Nouvel examen de l'enfant : écoulement abondant de l'oreille gauche avec douleurs violentes qui ont pris subitement 15 jours avant. Etat général mauvais, pas de délire. Paralysie faciale gauche. Production polypeuse qui vient faire presque saillie hors du méat. Extraction du polype au serre-nœud.

A la suite, diminution de l'écoulement, disparition des douleurs.

En septembre 1891. — L'otorrhée persiste, parfois sanguinolente. La paralysie faciale ne s'est pas modifiée. Dans le conduit nouveau polype de couleur rosée, d'aspect muriforme, gros comme un pois. L'extirpation ne fut faite que le 30 novembre 1891. Ablation au serre-nœud de la tumeur, curettage de la cavité tympanique. Sur la paroi postérieure de la caisse on constate que l'os est dénudé. Il n'existe plus trace d'osselets. Peu de sang pendant l'opération.

A la suite, amélioration très notable, même de la paralysie faciale.

L'examen des fongosités montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules embryonnaires arrondies et serrées.

Vingt jours après l'opération, les bourgeons sarcomateux remplissent de nouveau la caisse.

La fin de l'observation manque malheureusement, le Dr Charazac étant mort quelques mois après la publication de cette observation.

OBSERVATION V

Sarcome mou à cellules rondes chez un jeune garçon de trois ans et demi.
(Hartmann).

Le néoplasme commença par un gonflement polypiforme faisant issue hors de la caisse, qui augmenta rapidement de volume et en vint à former extérieurement à la surface de la tête une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie. La mort arriva au bout de sept mois, précédée par des symptômes cérébraux graves.

A l'autopsie, on trouva une partie du temporal détruit. La tumeur formait à l'intérieur de la cavité crânienne une couche de 1 cent. 1/2 d'épaisseur. Elle recouvrait le temporal sans que la dure-mère fût atteinte.

OBSERVATION VI

Epithélioma de l'oreille moyenne par Buss (1).

M. B..., 61 ans, n'a jamais rien eu à l'oreille droite. Depuis longtemps cependant entend mal.

En octobre 1885, après un refroidissement, douleurs vives dans l'oreille, sans suppuration (celle-ci n'apparaît qu'en décembre 1885) et paralysie faciale droite un an après en octobre 1886. Enflure derrière l'oreille.

En mars 1887, son conduit droit est rempli de granulations d'aspect raboteux et crevassé. Les bourgeons extirpés furent examinés. C'était un épithélioma avec des cellules à noyau, rappelant celles d'un épithélium plat.

En mai, sortie d'un séquestre avec écoulement abondant de pus.

En juin, douleurs atroces. Vertiges au moindre mouvement. On institue les piqûres de morphine.

En juillet, déviation de la mâchoire vers la partie droite. La branche montante du maxillaire inférieure à droite semble être plus courte qu'à gauche. Le conduit auditif externe au niveau du tragus a disparu. Il existe un trou par lequel on aperçoit le condyle du maxillaire.

En août 1887, mort. Sans troubles de la sensibilité.

A l'autopsie : angle du maxillaire à 1 cent. 1/2 plus haut à droite qu'à gauche. Tumeur ayant envahi la base de la boîte crânienne et ayant détruit le rocher dans sa partie antéro-externe, l'apophyse zygomatique, l'écaille du temporal. La carotide est intacte.

1. *Arch. f. Ohr.*, Bd. XXIV, p. 234.

OBSERVATION VII

* Due à l'obligeance de M. Duvivier, interne de M. le Dr Quénu
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

O. L..., âgée de 64 ans, concierge, entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quénu, salle Richet (Pavillon Pasteur), lit n. 4, le 7 février 1895.

Pas d'antécédents héréditaires de tumeurs malignes.

A 3 ans, après une maladie (?) de deux mois, otite moyenne suppurée gauche, avec mastoïdite probable, ouverture d'un abcès derrière l'oreille. Écoulement de pus pendant un certain temps, puis guérison spontanée.

A 12 ans, douleur dans l'oreille, puis écoulement de pus pendant trois semaines environ. Jusqu'à 16 ans, cette suppuration a persisté par intervalles irréguliers.

De 16 ans à 64 ans, l'écoulement de pus ne s'est produit environ que dix fois.

Vers le mois d'octobre 1894, douleurs vagues dans l'oreille gauche avec le matin des étourdissements, affaiblissement de l'audition.

Trois jours après le début des douleurs, écoulement abondant de pus.

Les douleurs gagnent rapidement tout le côté gauche de la tête.

En janvier 1895, apparition d'une paralysie faciale, avec surdité complète.

A la suite diminution notable des douleurs.

L'écoulement purulent persiste.

Le 7 février 1895, la malade entre à l'hôpital. On constate tout d'abord à gauche un œdème localisé à la partie postérieure du pavillon de l'oreille et à la peau environnante. Ces parties sont violacées et douloureuses au toucher.

L'apophyse mastoïde participe à l'inflammation. Un peu en arrière et en haut du pli formé par le pavillon, il existe un orifice fistuleux, duquel sort un pus verdâtre fétide. Un stylet introduit dans cet orifice se dirige en avant et en bas à une profondeur de 8 centimètres provoquant de violentes douleurs.

Par le conduit auditif externe s'écoule aussi du pus en abondance.

Le pavillon de l'oreille au niveau de l'hélix est violacé et douloureux.

La malade souffre beaucoup.

Il existe une paralysie faciale complète : les rides à gauche ont disparu et de ce côté le masque du visage est absolument immobile et l'expression nulle ; le sillon labio-jugal est effacé ; la malade ne peut ni souffler, ni siffler ; la parole est difficile et pas nette ; les lèvres sont tombantes et ne peuvent plus se fermer ; l'occlusion de l'œil est impossible ; la langue n'est pas déviée.

La sensibilité à gauche paraît intacte.

Les mouvements de l'œil sont conservés, et il n'existe aucun trouble visuel.

La sensibilité gustative est intacte.

On fait à la malade des lavages boriqués dans l'oreille externe et dans son trajet fistuleux. Ces deux orifices ne communiquent pas.

Le 11 février 1895. — Apparition d'un abcès, en avant de l'apophyse mastoïde. Douleurs très vives. Pas de température.

L'écoulement de pus par le trajet fistuleux est plus abondant. On constate que ce pus est animé de battements isochronés à ceux du pouls avec pourtant un léger retard.

Le 13 février 1895. — Incision de l'abcès.

Le 23 février 1895. — Incision au niveau de l'apophyse mastoïde. Large ablation de cette apophyse avec grattage des fongosités jusque dans l'oreille moyenne et jusqu'au niveau de la base

du crâne et des apophyses ptérygoïdes. Cautérisation au chlorure de zinc au dixième.

Le soir, légère élévation de température, 38°,5.

Le 24 février. — Premier pansement, la température est déjà revenue à la normale.

J'ai vu la malade le 10 avril, voici quel était son aspect :

Paralysie faciale telle qu'elle est décrite plus haut.

En avant de l'oreille, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche, tuméfaction de la grosseur d'une petite noix, à surface lisse violacée, non douloureuse.

En arrière, il existe un trou, de 4 centimètres environ de profondeur, en forme d'entonnoir, ayant à sa plus grande largeur 3 centim. 1/2 de diamètre.

Toute la surface de cet orifice est bourgeonnante et couverte de fongosités de mauvaise nature.

L'écoulement de pus est peu abondant et peu fétide.

Le pourtour de l'oreille n'est pas douloureux.

Les douleurs ont été améliorées par l'opération.

L'état général semble bon.

L'examen des fongosités n'a pas encore été fait, mais d'après l'opinion même de M. Quénu, il s'agit là bien certainement d'une tumeur maligne primitive de l'oreille moyenne.

Nous n'avons donné cette observation que comme complément des autres qui précèdent : développement d'une tumeur maligne, dans une oreille moyenne, atteinte depuis longtemps de suppuration chez une femme âgée de 64 ans. Paralysie faciale, douleurs violentes dans la tête, écoulement de pus fétide, repullulation rapide après l'opération, ne sont-ce

pas là tous les symptômes que nous avons énumérés plus haut ?

Mais nous voulons particulièrement attirer l'attention sur ce fait que les douleurs ont presque disparu après le curettage de l'antre.

Quant au trajet fistuleux, sa communication avec l'oreille moyenne devait avoir été fermée, soit par du tissu cicatriciel, soit par l'amas des fongosités.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS.

Les tumeurs primitives de l'oreille moyenne, peu connues jusqu'à ces dernières années, sont des affections auxquelles des symptômes précis et une marche régulière donnent une place spéciale dans le cadre nosologique des maladies connues.

Elles se développent dans des organes déjà malades, et leur point de départ nettement déterminé est localisé à la muqueuse de la caisse tympanique ou aux parois de cette caisse.

L'examen du bourgeon charnu seul fera poser le diagnostic, et nous insistons sur ce point pour que dans les cas douteux, ou en présence de bourgeons charnus rebelles à toutes les opérations, le médecin s'assure par l'analyse microscopique du bourgeon de la nature même de l'affection.

Leur évolution est rapide et leur pronostic fatal.

Leur traitement est purement palliatif.

Ce sont des affections graves qu'il faut connaître
et que les spécialistes surtout devront étudier.

Vu par le Président de la thèse,

LE DENTU.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BILLROTH-BRUNNER. — Epithelialcarcinom d. Ohr.,
(Archiv. f. Ohr., Bd. V, p. 28).
- BUSS. — Zwei Fälle von prim. Epithelialkrebs d. Mittelohr.
(Dissert. inaug., Halle, 1885).
- CARMALT (de New-Haven). — (Transact. of Amer. otol. soc.,
1889) et (Med. Rev., 3 août 1889)
- CHARAZAC. — (Rev. de laryng. de Moure, 1892, n° 1, 2
et 3).
- DELSTANCHE. — Carcin. du cond. ext. (Arch. f. Ohr., Bd.
XV, p. 21).
- FRÆNKEL. — (Zeitschrift f. Ohr., Bd. VIII, p. 240).
- GORHAM BACON et MUZZI. — (Archiv. of. otol., Mars
1888) et (Zeitsch. f. Ohr., Bd. XIX, 1889).
- GARNAUD. — Précis des maladies de l'oreille (Paris, Doin,
1895).
- HEWETSON. — (The Lancet, 26 mai 1888).
- HAUG. — (Arch. f. Ohr., 1-2 Heft. Bd. XXX).
- HARTMANN. — Les mal. de l'oreille et leur traitement (Trad.
par Potiquet, Paris, Asselin et Houzeau, 1890).
- HUBERT-VALLEROUX. — Essai théor. et prat. des mal.
de l'oreille (Paris, 1846).

- HARLAN. — Tr. Path. soc. Phila., 1873-1874, iv 166).
- JACOBSON. — (Arch. f. Ohr., Bd. XIX, p. 34).
- KIPP. — (Zeitsch. f. Ohr., Bd. XI, p. 6).
- KNAPP. — (Zeitsch. f. Ohr., Bd. IX, p. 17).
- KUHN. — Myxosarcome de la caisse (Rev. de laryng., 1894, p. 635).
- KRETSCHMANN. — Ueber Carcinom des Schläfenbein (Archiv. f. Ohrenheilkunde, Bd. XXIV, p. 231, 1887).
- KNAPP. — (Arch. otol., N-Y., 1879, p. 311 à 321).
- LUCÆ. — Epithelialkrebs d. r. Felsenbeins (Arch. f. Ohr., Bd. XIV, p. 127).
- MATHEWSON. — (Transactions of the American Otology Society, 11th Annual Meeting, 1878).
- MIOT ET BARATOUX. — Trait. des malad. de l'oreille (Paris, Lecrosnié et Baïé, 1888).
- ORNE GREEN. — (Arch. of otol., Bd. XIII, n. 2, 1884).
- POLITZER. — Trait. des mal. de l'or. (Trad. par Joly, Paris, Doin, 1884), et (Arch. f. Ohr., Bd. XIX, p. 78).
- POMEROY. — Myxosarcome... (Amer. Journ. of otol., n. 2, avril 1881).
- POLAILLON. — (Ann. des mal. de l'or. et du lar. 1879, p. 254).
- PIERCE. — (Zeitsch. f. Ohr. Bd. XII, p. 114).
- PIPIN. — (Vrach. Vaidom., St. Pétersbourg. 1880, p. 1403).
- RASMUSSEN ET SCHMIEGELOW. — (Zeitsch. f. Ohr. Bd. XV, 23 déc. 1885), et (Arch. of otol., vol. XV, p. 167, 1886).
- ROSSI. — (Soc. Ital. de Chirurg., 4, 5, 6 avril 1882).
- RONDOT. — (Ann. des mal. de l'or. et du lar., 1875, p. 227).
- SUNÉ Y MOLIST, — (Gaz. med. catal., Barcel., 22 juillet 1882, n. 146, p. 257).
- SHEILD. — (Arch. of otol., vol. XXI, n. 1, p. 721, 1893).

STEINBRUGGE. — L'oreille (Trad. par J. A. A. Rattel, Paris, 1895).

SCHWARTZE. — Fall von primaeren Epithelialkrebs des Mittelohres (Arch. f. Ohr., Bd IX, p. 208)

TOYNBEE. — (Tr. Path. Soc. Lond., 1885, p. 303 à 306) et Diseases, etc. (Deutsch. Uebers, p. 392).

WISHART ET BOEKE. — (Wien. m.d., Halle 1803).

